



## ARTIGO DE PESQUISA

### CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMAGEM: PERSPECTIVAS PARA TÉCNICOS E AUXILIARES

*PALLIATIVE CARE NURSING: PROSPECTS FOR TECHNICAL AND AUXILIARY*

*CUIDADOS PALIATIVOS EN ENFERMERÍA: PERSPECTIVAS PARA TÉCNICOS Y AUXILIARES*

Alexandre Ernesto Silva<sup>1</sup>, Eliete Albano Azevedo Guimarães<sup>2</sup>

#### RESUMO

Resultado de um estudo teórico dedutivo, de natureza reflexiva, composto de revisão de literatura e de pesquisa de campo, sob enfoque da abordagem híbrida. Na revisão de literatura, desenvolve-se a temática dos cuidados paliativos, aborda-se o conceito do corpo humano contemporâneo e sua vulnerabilidade perante a morte, enumeram-se as habilidades, possibilidades e responsabilidades dos técnicos e auxiliares de enfermagem para com os doentes terminais e enfatiza o desenvolvimento espiritual no processo de cuidar. A pesquisa, por meio de questionário com questões abertas e fechadas, envolveu dezenove profissionais, que atuam no complexo oncológico do Hospital São João de Deus, no município de Divinópolis (MG), cidade polo da região administrativa do Centro-Oeste Mineiro. A literatura revisada e a análise do conteúdo oferecido pelos profissionais pesquisados confirmam a hipótese inicial, segundo a qual a prestação de cuidados de enfermagem a paciente terminal deve incluir o atendimento integral das suas necessidades bio-psico-socio-culturais-espirituais e, para isso, ampliar seus conhecimentos sobre a morte e o processo de morrer. Consta-se ainda que os técnicos e auxiliares não estão satisfeitos com seu trabalho, por não estarem preparados adequadamente para executar os cuidados paliativos e conviver com a impotência diante da morte inevitável. **Descritores:** Assistência terminal; Cuidados paliativos; Assistência paliativa.

#### ABSTRACT

Result of a deductive theoretical study, with a reflexive essence, compounded by literature review plus field research, focused by the hybrid approach. The literature review develops the thematics of palliative care rendered by nursery professionals, considering the concept of contemporary human body and his vulnerability when facing death - besides it enumerates the abilities, possibilities and responsibilities for the nurses and nursery assistants in relation to terminal patients, emphasizing the spiritual growth in the process of caring. The research, by the means of a questionnaire of objective and subjective questions, which involved nineteen professionals who works on the oncologic complex of the Hospital São João de Deus, in Divinópolis (MG), city-reference of the center west administrative region of Minas Gerais. The reviewed literature and the analysis of the contents offered by the inquired professionals confirms the initial hypothesis, which appoints that the nursery care rendering to terminal patients must include the integer attendance of their bio-psychic-social-cultural-spiritual needs, thus extending the knowledge of death and the process of dying. Therefore, it notices that the nurses and nursery assistants are not satisfied with their job, feeling unprepared to execute the palliative care and also to live with the human impotence facing the inevitable death. **Descriptors:** Terminal care; Palliative care; Hospice care.

#### RESUMEN

Resultado de un estudio teórico deductivo, reflexivo por naturaleza, que consiste en revisión de literatura y investigación de campo, centrándose en el enfoque híbrido. En la revisión de la literatura, desarrolla el tema de los cuidados paliativos aborda el concepto contemporáneo del cuerpo humano y su vulnerabilidad a la muerte, lista las capacidades, posibilidades y responsabilidades de los técnicos y auxiliares de enfermería para con el enfermo terminal y hace hincapié en el desarrollo espiritual en el proceso de cuidar. La encuesta, mediante un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, implicando diecinueve profesionales que trabajan al complejo oncológico del Hospital São João de Deus, en el municipio de Divinópolis (MG), ciudad polo de la región administrativa del centro-oeste (medio oeste) estadual. La revisión bibliográfica y análisis de los contenidos ofrecidos por los profesionales encuestados confirmaron la hipótesis, según la cual la prestación de cuidados de enfermería a pacientes con enfermedades terminales deben incluir plenamente a las necesidades bio-psico-socio-cultural-espiritual y, por lo tanto, ampliar sus conocimientos acerca de la muerte y el proceso de morir. Observamos también que los técnicos y auxiliares no están satisfechos con su trabajo, porque no se sienten preparados para ejecutar el hospicio y vivir con la impotencia humana ante la muerte inevitable. **Descriptor:** Cuidado terminal; Cuidados paliativos; Atención paliativa.

<sup>1</sup>Enfermeiro. Mestre em Educação, cultura e organizações sociais - saúde coletiva pela Fundação Educacional de Divinópolis - FUNEDI/UEMG. Diretor de Enfermagem do Hospital São João de Deus / Fundação Geraldo Corrêa. Professor da Fundação Universidade de Itaúna e da Fundação Educacional de Divinópolis, Minas Gerais. E-mail: ernestoses@ig.com.br. <sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de São João Del Rei. E-mail: elietealbano@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

*Em todas as idades se tem escutado o grito, a pergunta angustiada: qual a solução do segredo da vida, isto é, qual o segredo da morte?*  
(Max Heindel)

As representações sociais do corpo humano na contemporaneidade incluem a integralidade da assistência digna, na manutenção da saúde, no tratamento da doença e no acompanhamento da morte. Os Cuidados Paliativos, um conjunto de práticas e discursos voltados para o período final da vida de doentes fora de possibilidades terapêuticas de cura, é uma nova especialidade de saúde, que reflete uma mudança de paradigma e de conceitos sobre o corpo humano, o adoecimento e a morte.

A pessoa já não é vista apenas como um indivíduo de estudos acadêmicos ou epidemiológicos, como um paciente submisso e indefeso ou como objeto de pesquisas científicas e tecnológicas. Ela é vista como um sujeito de cuidados, com liberdade para decidir sobre sua própria vida e com direito garantido pelo Estado de ter sua totalidade bio-psico-sócio-cultural-espiritual atendida, respeitada, assistida e orientada para uma existência salutar ou pelo menos confortável, até à morte que escolher.

Investigando a história dos cuidados paliativos, Gonzales e Ruiz<sup>1</sup> chegaram a conclusão de que sua origem está na cultura da morte: nas formas adotadas pelo ser humano diante de uma enfermidade sem cura possível e da sensação de aproximação da morte. Trata-se, pois, de um tema de grande transcendência e complexidade “dada a encruzilhada biológica, cultural, religiosa, estética e ética” que caracteriza essa classe de cuidados.

A Organização Mundial de Saúde<sup>2</sup> reconhece que *pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura*, em fase terminal ou a caminho dela, quase sempre apresentam fragilidade, imobilidade, perda de interesse por ali-

mentos e bebidas, dificuldades de engolir, astenia e sonolência, além de elevados níveis de ansiedade, tensão e emoções, devendo receber os devidos cuidados paliativos. “São os cuidados para o paciente com enfermidade avançada e progressiva, onde o controle da dor e de outros sintomas, assim como os aspectos psicossociais e espirituais, pedem mais atenção. O objetivo dos cuidados paliativos é alcançar a melhor qualidade de vida possível para o paciente e sua família”.

Todavia, as relações de trabalho da enfermagem junto a pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura, normalmente, são outras. Elas ainda estão concentradas, basicamente, em horários e ritmos que privilegiavam apenas a administração de medicamentos, os banhos (e higiene geral) e a verificação dos sinais vitais. A interação com os pacientes torna-se uma questão pessoal, limitada pelo conceito profissional de ser *rápido e útil*, conforme terminologia adotada por diversos autores.<sup>3</sup>

A enfermagem contemporânea, entretanto, evoluiu da tradição multidisciplinar do cuidado geral do paciente, de caráter procedimental, para uma fase transitória de interdisciplinaridade, que envolve diversas estruturas discretas, habilidades, saberes e fazeres profissionais, como se verifica na formação profissional e na prática cotidiana. Nesse processo de hibridação, supõe-se que o conhecimento de enfermagem passe a envolver os contextos cultural, social, emocional da pessoa, de forma que, ao aplicar-lhe o conhecimento científico do cuidado, o profissional acrescenta o afeto que, sem dúvida, é um fator que contribui para a melhoria das condições gerais do indivíduo.<sup>4</sup>

Assim sendo, o que a prática de enfermagem de nível técnico poderia oferecer aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, especificamente, na forma de cuidados paliativos?

A idéia deste estudo surgiu no cotidiano de um hospital de alta complexidade da região centro-oeste de Minas Gerais, sediado em Divinópolis (MG), com cerca de 25 pacientes sem esperança de cura e em fase terminal, no mês de maio de 2005. No convívio diário com alguns doentes oncológicos e com profissionais que atuam nesse setor, observou-se que a maioria dos técnicos e auxiliares de enfermagem, apesar de terem recebido alguma informação de cuidados paliativos, freqüentemente, demonstravam despreparo em lidar com pacientes terminais, manter a própria saúde mental e auxiliar na assistência adequada. Estes foram os aspectos que motivaram a realização desta pesquisa, pois são estes mesmos técnicos e auxiliares os que mais têm contato com tais pacientes e seus familiares, tornando-se testemunhas diárias do sofrimento e da dor por que passam.

O presente trabalho também se justifica por tentar produzir um estudo sobre cuidados paliativos, no âmbito da enfermagem, com a expectativa de que os resultados possam ser úteis para um melhor entendimento da importância desses profissionais na melhoria da assistência hospitalar ou domiciliar dos pacientes sem esperança de cura. Vivemos num tempo de vivenciar emoções intensas, de fazer ou escutar revelações e de conceder ou receber o perdão do próximo. Depressão, raiva, tristeza podem ser vivenciados na esperança, no amor e na sabedoria, como sugere Mallet<sup>5</sup>.

Entretanto, é flagrante o despreparo de muitos profissionais sobre o que fazer ou falar diante dessas situações. Há dificuldade em se envolver com o paciente e seus familiares, pois em sua formação foram ensinados a não demonstrar sentimentos e emoções, a viver a morte de forma superficial e a manifestar falsas expectativas de que a morte não acontecerá e que a recuperação ainda é possível, quando nada disso é real<sup>6</sup>.

No desenvolvimento deste estudo, tra-

balhou-se com a hipótese de que o atendimento integral das necessidades existenciais do paciente terminal é o pressuposto da prestação de cuidados de enfermagem. Em cuidados paliativos, parece importante que os profissionais de enfermagem reconheçam os pacientes como seres humanos únicos, que devem ser ajudados a morrer bem, com algum conforto e dignidade, satisfeitos (quanto possível) as suas necessidades físicas, emocionais, sociais, culturais e espirituais. As variáveis consideram que os técnicos e auxiliares talvez não estejam satisfeitos com seu trabalho, por nada poderem fazer diante da morte inevitável e nem estejam preparados adequadamente para executar os cuidados que essa fase requer. Portanto, a qualidade e os benefícios do atendimento integral dependem da satisfação de duas condições, sem as quais o cuidado paliativo, o alívio do sofrimento humano e a satisfação pessoal não são eficientes: (a) conhecimentos sobre a morte e (b) capacitação profissional.

A diversidade de noções sobre a morte - orientada pelas religiões, crenças populares, espiritismo e suas várias escolas e tendências e as chamadas ciências ocultas ou metafísicas - é essencial para o processo de construção do arcabouço de conhecimentos da enfermagem. As ciências da vida e da saúde, as reflexões filosóficas e religiosas e, sobretudo, a própria experiência cotidiana, ensinam que morte, finitude e vulnerabilidade são características dos sistemas vivos.

Quanto à capacitação profissional, acredita-se que o acesso a conhecimentos e informações sobre cuidados paliativos possam servir a uma melhor organização do trabalho de enfermagem, preparando seus profissionais para prestar mais atenção à qualidade de vida, à vida interior e às relações humanas, numa nova consciência configurada na psicologia, na filosofia, na antropologia e na religião.

Frente à relevância do tema em foco, no presente estudo procurou-se conhecer a práti-

ca assistencial de enfermagem de níveis técnico e auxiliar para com os pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, em um setor de internações do convênio do SUS de um hospital de alta complexidade, instalado em Divinópolis (MG). Especificamente, busca analisar as perspectivas de enfermeiros técnicos e auxiliares de enfermagem locais, sobre o cuidado com pacientes sem possibilidades de cura; e refletir sobre a vulnerabilidade humana, a morte e o trabalho de enfermagem em cuidados paliativos.

## MÉTODOS

Este trabalho resulta de um estudo teórico dedutivo, de natureza reflexiva, composto de revisão de literatura e de pesquisa de campo, sob enfoque da abordagem qualitativa. O que se pretende é avaliar a capacidade e o entendimento dos técnicos e auxiliares de enfermagem, na prestação direta de cuidados paliativos, em um hospital de alta complexidade, sem equipe de cuidados paliativos.

A estratégia do método dedutivo e da pesquisa descritiva permite generalizar proposições teóricas e compará-las com outros casos semelhantes na literatura. Mais especificamente, permite evidenciar aspectos importantes do processo de cuidados paliativos no contexto hospitalar, explorar novos processos ou comportamentos e capturar aspectos muito recentes, emergentes, na população e organização estudadas.

As pesquisas descritivas têm como objetivo central a descrição das características de uma determinada população, fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis. A abordagem qualitativa, por seu turno, permite incorporar a questão do significado e da intencionalidade dos atos, das relações e das estruturas sociais, segundo preceitua Minayo<sup>7</sup>, estando presente “tanto no seu advento quanto na sua transformação como construções humanas significativas.”

Como a produção científica sobre este tema está dispersa em diversos livros específicos (que começam a surgir) e revistas científicas das áreas de medicina, enfermagem, psicologia, assistência social, terapia ocupacional, fisioterapia, oncologia, religião, entre outras, foram consultadas várias fontes informatizadas: SCIELO/Brasil, Biblioteca Virtual de Saúde/ Saúde Pública; Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ e sites do Ministério da Saúde do Brasil, além de outros estudos afins coletados em acervos acadêmicos e institucionais.

A pesquisa realizou-se no complexo oncológico Hospital São João de Deus, no município de Divinópolis (MG), que conta com uma população estimada em 210 mil habitantes<sup>6</sup>, posição geográfica e infraestrutura de transportes estratégicos e destacado potencial de atendimento nas áreas de comércio, saúde, educação, indústria e segurança.

É a cidade polo da região administrativa do Centro-Oeste Mineiro (formada por 56 municípios) e da mesorregião Oeste de Minas (formada por 44 municípios), com uma população estimada em mais de 1,2 milhão de habitantes. Na microrregião de Divinópolis, composta por 11 municípios, vive uma população estimada em 450 mil habitantes<sup>8</sup>.

Na área de Saúde, o município dispõe de diversas escolas superiores: Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Serviço Social, curso técnico de enfermagem, vários cursos de pós-graduação e uma unidade da Universidade Federal de São João del-Rey com os cursos de medicina, farmácia e enfermagem. Possui 94 estabelecimentos de saúde, quatro hospitais com serviços de internação, 593 leitos hospitalares (dos quais 438 destinados ao SUS) e 60 estabelecimentos de atendimentos ambulatoriais<sup>9</sup>.

O Hospital São João de Deus e seu complexo oncológico possuem cerca de mil funcionários, atendendo pacientes de mais de 62 cidades circunvizinhas, especialmente uma população de aproximadamente 16 pacien-

tes/ano em estágio terminal, dos 44 estimados pelo IBGE<sup>8</sup> para todo o território municipal.

No ano de 2006, segundo o mesmo IBGE<sup>8</sup> sobre números da mortalidade hospitalar, houve 531 óbitos em Divinópolis, sendo a maior parte (57,06%) de homens na faixa dos 70-79 anos (24%) e na dos 60-69 anos (23%). Entre as mulheres (42,4%), os óbitos atingiram principalmente as faixas dos 50-59 anos (30,2%) e dos 70-79 (24%). As faixas de 40-49 anos e as de 80 anos ou mais tiveram o mesmo percentual de óbitos (cada uma, de 22,2%).

Entre as morbidades mais incidentes estavam as do aparelho circulatório (28,6%), seguidas das neoplasias e tumores (16%), das doenças do aparelho respiratório (13%) e das doenças infecciosas e parasitárias (8,7%), entre outras.

A amostragem deste estudo foi composta por 19 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, de ambos os sexos, que lidam com pacientes oncológicos, em estágio avançado e sem esperança de cura. Para a definição dos participantes, foram previamente escolhidos 35 técnicos e/ou auxiliares que lidavam regularmente com tais pacientes e aceitaram participar da pesquisa, dentre os quais foram sorteados 24 pessoas. Destas, apenas cinco não responderam, o que garantiu uma participação efetiva de 79,7%, consignando aprovação tácita da pesquisa. A amostragem representa 54,3% dos profissionais que atuam neste setor.

Para a coleta de dados foi realizado um questionário semi-estruturado com cinco questões fechadas e seis abertas, visando capturar o pensamento dos técnicos e auxiliares de enfermagem, que atuam no universo pesquisado.

As questões fechadas serviram para: (a) caracterizar o participante quanto à sua situação educacional/data, idade, sexo, experiência profissional e (b) experiência da situação em análise; (c) qualificar a relação profissional com os pacientes sob seus cuidados; (d)

avaliar o entrosamento dos profissionais com os pacientes e familiares; (e) identificar a ordem de ocorrência das quatro condições mais comuns no cotidiano de pacientes terminais, a partir da observação pessoal.

As demais questões, abertas, eram referentes a: (a) noção geral de cuidados paliativos (conceito próprio); (b) as dificuldades no cuidado paliativo de pacientes oncológicos terminais; (c) o estado ideal para a fase final da vida; (d) a concepção pessoal sobre a morte; (e) os sentimentos e emoções no convívio pacientes e familiares; e (f) opinião sobre a inclusão da disciplina de cuidados paliativos nos cursos técnicos de enfermagem.

Depois de aprovado pela Comissão de Ética do Hospital São João de Deus (Parecer n.48), conforme a Resolução CNS 196/96 (sobre desenvolvimento de investigações com seres humanos), o questionário foi entregue a cada um dos sujeitos selecionados, com a respectiva folha de instruções (e o termo de livre consentimento), permitindo-se o preenchimento em casa, no prazo de quatro dias, ou seja, de 18 a 22 de fevereiro de 2008. Aos participantes também foi explicado que por “capacitação” entende-se aulas teóricas e práticas de terapia intensiva e processo de enfermagem em cuidados paliativos, enquanto “instrução” significa apenas aulas práticas de terapia intensiva e procedimentos clínicos ou tecnológicos voltados para a fase terminal.

Conforme se recomenda, as entrevistas foram gravadas e transliteradas e, em seguida, passaram por uma análise de conteúdo, que está “para as pesquisas qualitativas, como as técnicas estatísticas estão para as quantitativas”<sup>10</sup>. Esta análise permitiu uma aproximação dos diferentes sentidos (manifestos e latentes) do pensamento dos participantes da pesquisa, propiciando o estabelecimento de categorias descritivas, segundo elementos emergentes e conceitos e por critérios de relevância e repetição, como indicado por Tura-<sup>10</sup>.

Após a sistematização, os dados e as informações foram apresentados com representação escrita em série estatística, utilizando tabelas e quadros, seguidos de análise e confrontações com a literatura revisada, de forma a caracterizar o conhecimento de cuidados paliativos da população estudada e o estado em que se encontra a prática assistencial de enfermagem de nível técnico com os pacientes sem esperança de cura. As respostas foram analisadas à luz dos conceitos de cuidados paliativos, transdisciplinaridade, princípios do Sistema Único da Saúde e a visão contemporânea do corpo, do espírito e da morte.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Perfil dos participantes

A distribuição dos participantes, por sexo e faixa de idade, observando-se os limites de idade adotados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística<sup>8</sup>, indica que entre os técnicos/auxiliares existem mais mulheres (68,4%) que homens (31,6%), em ambos predominando a faixa etária de 25-49 (57,9%) sobre a de 17-24 (42,1%).

Sobre o grau de escolaridade, 68,4% dos participantes concluíram o segundo grau (47,4% das mulheres e 21,1% dos homens), enquanto 15,8% estão cursando graduação (10,5% das mulheres e 5,3% dos homens). Apenas 5,3% dos participantes (apenas mulheres) concluíram curso superior, enquanto 10,5% só têm o fundamental (empate entre mulheres e homens).

Em relação ao tempo de profissão, os dados revelam que quase a metade (47,4%) tem entre dois e sete anos (31,6% das mulheres e 15,8% dos homens), enquanto 31,6% têm menos de dois anos (21,1% das mulheres e 10,5% dos homens). Na faixa dos 8 a 13 anos de profissão estão 15,3% (10,5% das mulheres e 5,3% dos homens), e apenas 5,3% na faixa dos 14 a 19 anos (apenas das mulheres).

Nas respostas à questão que pretendia sondar o tipo de capacitação recebida pelos participantes, concluiu-se que a maioria (68,4%) recebeu capacitação e instrução em cuidados paliativos (42,1% das mulheres e 26,3% dos homens), enquanto outra parcela (26,3%) recebeu apenas instrução (21,1% das mulheres e 5,3% dos homens). Apenas 5,3% das mulheres receberam apenas capacitação.

Na questão que qualificava o tipo de relação profissional, que os técnicos e auxiliares mantinham com os pacientes sob seus cuidados, verificou-se que a relação afetiva era a mais comum entre eles (73,7%), seguida da relação técnica (26,5%). Os dados permitem inferir também que a afetividade é maior entre as mulheres (77%) e menor entre os homens (67%). Não foram registradas atitudes impositivas e distantes.

Na questão avaliativa do grau de interatividade dos profissionais com os pacientes e familiares, os dados revelaram que, em relação aos pacientes, o entrosamento era considerado muito bom para 84,2% dos participantes e apenas bom para 15,8%. Não foram registrados nenhum caso de entrosamentos razoável e/ou péssimo.

Em relação aos familiares, o grau de interatividade é ligeiramente diferente. Mais da metade dos participantes (57,9%) consideraram o entrosamento como muito bom, enquanto outra parcela o considerou apenas bom (42,1%). Também não foi registrado nenhum caso de entrosamento razoável ou péssimo.

Os dados preliminares da amostragem permitem definir os principais traços do perfil apresentados pelos técnicos e auxiliares de enfermagem pesquisados, entre os quais figura o número maior de mulheres (68,4%).

Estes dados, com pouca diferença, refletem a proporções observadas no Brasil, segundo o relatório *Empregabilidade e Trabalho dos Enfermeiros no Brasil*, da Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ)<sup>11</sup>.

Esse documento, que traz uma análise da tendência nacional do mercado de trabalho de enfermeiros, indica que 73% dos vínculos de trabalho eram femininos, em 2002, e que este percentual subira para 88,3% em 2003.

Entre as mulheres do presente estudo, quase a metade tinha entre 25-49 anos, concluíra o segundo grau, tinha entre dois e sete anos de profissão e recebera capacitação e instrução em cuidados paliativos. Entre os homens, a maioria também estava na faixa dos 27-49 anos, concluíra o segundo grau e tinha entre dois e sete anos de profissão, porém recebera mais capacitação/instrução que o grupo feminino. Os resultados também mostraram que nenhum dos participantes deixou de receber algum tipo de capacitação e/ou instrução.

Os técnicos e auxiliares mantinham com os pacientes uma relação profissional afetiva e menos técnica, sendo esse comportamento mais comum entre as mulheres. A predominância da relação afetiva, possivelmente, tem a ver com o grau de entrosamento ou interatividade com os pacientes, considerado muito bom, igualmente para ambos os sexos. Nas relações com os familiares, o percentual de entrosamento do tipo muito bom é apenas ligeiramente maior que o do tipo apenas bom.

Incluir a família na metodologia dos cuidados paliativos como uma unidade de atenção, permite que questões e dificuldades sejam identificadas e trabalhadas, como no caso do luto, cujos reflexos surgem bem antes do momento da morte. É na família que recai, normalmente, a responsabilidade de transmitir ou não a notícia ao doente e também as decisões sobre os procedimentos a seguir. Nesses momentos, a angústia e a dor total estão sendo vivenciadas e afetam a todos psicológica, existencial e espiritualmente. Além de suavizar o sofrimento (dores, desconfortos) em todas as suas dimensões, oferecer suporte e apoio, a aplicabilidade dos cuidados paliati-

vos deve auxiliar os familiares a aceitar o processo de morte/morrer.<sup>12</sup>

Um dos objetivos centrais dos cuidados paliativos é o ato de tratar ou aliviar os sintomas, colocando-se acima das intervenções destinadas apenas à cura dos possíveis sintomas físicos. Para Rodrigues<sup>13</sup>, os profissionais estariam cumprindo melhor a sua missão de tratar a pessoa, na sua totalidade e necessidades, se ela pudesse contar com a atenção sincera dos profissionais para uma série de sintomas espirituais e sociais, relacionados com o medo de morrer e a preocupação com os entes queridos. E para que isso ocorra somente uma relação profissional afetiva (menos técnica e impositiva) poderia propiciar melhor entrosamento com paciente e familiares, e com isso melhorar o bem-estar de quem está vivenciando sua finitude, o que implica numa transformação simultânea do ser cuidado e de quem cuida, como notou Waldow<sup>14</sup>.

Na maioria das situações que colocam as pessoas no limite ou impotentes para resolver seus problemas, especialmente diante da aproximação da morte, há uma busca de algo que transcende o natural, que só a intimidade permite conhecer. E, nestes aspectos, o papel do profissional de enfermagem, principalmente do técnico e do auxiliar, assume grande relevância, pois são estes que permanecem mais próximos do paciente e seus familiares para intervenção imediata diante das necessidades. Entretanto, a abordagem dos aspectos psicossociais e espirituais desses pacientes terminais, pelos enfermeiros em geral, ainda é novidade no Brasil, apesar da evolução dos saberes e fazeres de enfermagem.

Trata-se de outra perspectiva de cuidados paliativos, que busca integrar os aspectos físicos, psíquicos, sociais, culturais e espirituais do paciente, procurando identificar os problemas, enquanto cuida dos sintomas físicos, e encaminhar as situações aos profissionais que tenham competência para resolvê-lo ou ajudar. Esse aspecto novo da humanização

da saúde ainda não se incorporou plenamente ao princípio da integralidade da assistência, não fazendo parte disciplinar do ensino técnico de enfermagem no Brasil.

O que tem ocorrido são tentativas de superar o enfoque tradicional da formação profissional - baseada apenas na preparação para execução de determinados conjuntos de tarefas e procedimentos mecânicos ou terapêuticos - pelas aulas e palestras capacitadoras ou instrutoras de cuidados paliativos. E estes expedientes parecem dar algum resultado, como insinua a presente pesquisa, cujos participantes revelaram uma mudança na forma de cuidar, que tomou um caráter mais afetivo, menos técnico e evasivo, e de maior entrosamento com os pacientes e familiares.

#### **As quatro condições mais comuns em cuidados paliativos**

O objetivo principal desta questão foi estimular os participantes a fazer uma avaliação pessoal sobre as ocorrências cotidianas mais comuns nos pacientes terminais, a partir de uma relação básica sugerida pela literatura revisada, em ordem crescente: dor, angústia, estresse ou solidão.

Dos dados coligidos e analisados foi possível apurar que as ocorrências mais comuns, na ordem de importância dada pelos participantes, foram: 1) dor; 2) angústia; 3) solidão; e 4) estresse. O estresse não aparece em primeiro plano em nenhuma das quatro ocorrências.

Para os participantes pesquisados, a primeira ocorrência é a dor (36,8%), seguida da angústia e do estresse (com 31,6% cada), não havendo referência à solidão. Entre as mulheres, o estresse foi a ocorrência mais significativa (26,3%), enquanto que, para os homens, foi a dor (15,8%).

A dor é considerada como uma síndrome resultante da interpretação sensorial de algum evento físico-químico e do estímulo de algo nocivo, num processo de interação com as ca-

racterísticas individuais da pessoa como o humor, o significado simbólico atribuído ao fenômeno sensitivo e os aspectos culturais e afetivos<sup>15</sup>. Dependendo de sua duração, ela pode ser aguda (efêmera) ou crônica, esta com duração de 3 a 6 meses, segundo Lobato<sup>16</sup>.

Considerando-se que os tumores e neoplasias sejam a segunda causa de mortalidade hospitalar, em Divinópolis, e terceira em nível nacional<sup>9</sup>, a dor crônica, que freqüentemente acomete esses pacientes - cerca de 50% em todos os estágios da doença e 70% nas neoplasias avançadas<sup>15</sup> - passa a ser um dos principais alvos dos cuidados paliativos. Ela pode surgir devido ao crescimento do tumor primário ou à suas metástases, à terapêutica anticancerosa (radioterapia e quimioterapia), às cirurgias e aos métodos de diagnósticos. Há evidências de que ela pode estar relacionada também com causas psicossociais.

A dor crônica é um fenômeno complexo e multifatorial, que envolve aspectos orgânicos e psicossociais, que podem beneficiar-se dos tratamentos neurofisiológicos e neurofarmacológicos. Entretanto, uma abordagem interdisciplinar da dor e de suas causas tem importância singular para a qualidade de vida do paciente, seus cuidadores e familiares.

A avaliação da dor é um aspecto importante no planejamento do cuidado, por ela ser capaz de determinar a situação física do paciente e, bem assim, os elementos psicológicos, sociais e emocionais do seu sofrimento.

A segunda ocorrência é a angústia (36,8%), seguida da dor (26,3%), da solidão (21,1%) e do estresse (15,8%). Entre os homens não houve referência à solidão, enquanto o estresse, a dor e a angústia obtiveram igual percentual (10,5%). Vacuidade, insignificância e impotência são alguns dos pensamentos que afloram no estado de angústia, reforçando os sentimentos de inutilidade do esforço, do significado e do projeto de vida.

Para a psicóloga Simone Suruagy<sup>17</sup>, paciente neste estado já perdeu a esperança e a

capacidade de luta seja qual for o fim que o espere, mas é possível recuperar-se. Caminha por uma estrada árdua, para a qual confluem as veredas dos conflitos familiares, da expectativa dos exames complementares, do efeito colateral das quimioterapias e radioterapias, da ocorrência de metástases e dores, da implicação da doença nos campos profissional, afetivo e financeiro etc. “Muitas vezes esse caminho estará inundado por sentimentos inconscientes de perda, luto, abandono, raiva, culpa, solidão. A estrada está cheia de passado, além das perdas presentes”<sup>17</sup>.

A angústia, apesar do sofrimento que traz, também tem seu lado positivo, que precisa ser observado, pois parece ser impossível viver sem ela ou eliminá-la definitivamente. É da condição humana tê-la sempre presente; o ponto de partida para o crescimento interior, para novos questionamentos, novas descobertas; um sentimento que pode fazer o ser humano sair da passividade e entrega e colocar-se em atitude elevada diante da vida.<sup>18</sup>

A solidão é a terceira ocorrência mais comum, na visão dos participantes (42,1%), seguida do estresse (26,3%), da dor e da angústia (com os mesmos 15,8% cada). Este estado foi mais notado pelas mulheres (36,9%), enquanto os homens apontaram o estresse (15,8%), não fazendo referência à dor.

A quarta ocorrência mais comum também foi a solidão (36,9%), seguida do estresse (26,5%), a dor (21,1%) e a angústia (15,8%). As mulheres apontaram mais o estresse (26,5%), seguido da dor, da angústia e da solidão; enquanto os homens a solidão (26,5%) e a dor (5,3%), não fazendo referências à angústia e ao estresse.

A solidão é uma experiência afetiva, íntima, emocional, provocada por uma condição ou circunstância que depende da história de cada um. É o sentimento de abandono disparado pela condição de fragilidade do paciente sem perspectiva de cura, dependente de outras pessoas, aniquilado, inútil e sem autono-

mia e liberdade para decidir sobre sua própria vida<sup>19</sup>.

Entre os motivos da solidão também estão a percepção do esfriamento dos vínculos afetivos e da ausência regular do grupo de relações (amigos e colegas). É um sentimento de caráter subjetivo, que atinge as pessoas de modo diferente, segundo a capacidade de cada um a sorver a possibilidade solitária da morte, mesmo porque “aceitar o limite imposto pela morte como experiência cotidiana implica aceitar as regras da existência, visto que a morte impõe uma ruptura com tudo o que se conhece e se ama e faz parte da condição humana”<sup>19</sup>.

A falta de preparo para a morte impede que se compreenda a razão dessa situação irreversível e verdadeira, visto que a sociedade ocidental prepara o ser humano para a vida, não para a morte. Para Riponche<sup>19</sup>, esse despreparo se manifesta principalmente em situações de impotência frente às perdas ou na ausência de uma concepção espiritual ou filosófica da existência, que vê a morte “não como um evento isolado, mas como uma mudança no infundável ciclo de mudanças”.

Em seu estudo sobre a solidão dos idosos, Herédia *et al.*<sup>19</sup> soube captar com nitidez as nuances desse sentimento de abandono, que se transporta para os pacientes terminais (idosos ou não), que se sentem desamparados no meio dos outros. Na percepção dos sujeitos pesquisados por estes autores, a solidão é: “[...] não estar bem, é não ter ajuda de ninguém, é andar de um lado para o outro. É ter família e não ser protegido por ela, esquecido, isolado, indiferente, não ser valorizado e não receber atenção. O idoso espera daquele que quer bem o apoio necessário para enfrentar a velhice. Talvez esse bem-querer não seja recíproco e possa produzir o sentimento de abandono. O idoso cansa de falar e não ser ouvido, e essa surdez o deixa afastado de suas esperanças e de seus desejos. À medida que suas expectativas não se realizam e se perde a

motivação da espera, ele fica sem o sentido de viver”<sup>19</sup>.

O estresse não aparece em primeiro lugar, em nenhuma das ocorrências, mas foi apontado como “(1)” pelos homens, na terceira ocorrência, e pelas mulheres, na primeira e na quarta ocorrências, o que evidencia a sua importância na vida dos pacientes terminais. Para estes, o tratamento tecnológico, as intervenções invasivas e cirurgias, as dificuldades motoras, os problemas hospitalares relacionados ao atendimento e ao cuidado de saúde, as decepções com os exames, com as limitações, com os custos etc. são fatores estressantes e prejudiciais à qualidade de vida e ao seu estado geral, que precisam ser superados, se não se puder evitá-los.

O estresse psicológico surge da relação entre a pessoa e o ambiente, avaliado como prejudicial ao seu bem estar. Como esclarece Lipp, o estresse é “[...] uma reação psicológica com componentes emocionais físicos, mentais e químicos a determinados estímulos que irritam, amedrontam, excitam e/ou confundem a pessoa”<sup>20</sup>.

Na abordagem sistêmica, proposta por Capra<sup>21</sup>, o estresse é “desequilíbrio do organismo em resposta a influências ambientais”, mas, temporariamente, é “aspecto essencial da vida”. Quando o indivíduo percebe uma súbita ameaça ou mudança, a que tem de se adaptar, ou está sob forte pressão ou estimulação, há uma perda temporária de flexibilidade, considerada como reação saudável. Somente quando se prolonga ou se torna crônico, é que o estresse pode ser pernicioso e desencadeador de muitas doenças, conforme estudos de Pelletier<sup>22</sup>.

O estresse patológico, prolongado e condicionador de sofrimento psicológico, que se instala devagar e sorrateiramente nos bastidores do inconsciente, a cada dia, é um entulho que precisa ser tratado. O estado de estresse pode chegar ao ponto de sobrepor-se à capacidade de recuperação do organismo, le-

vando-o a um desgaste geral, desorganizando sua capacidade de defesa e exaurindo suas reservas energéticas, que são limitadas. Quando o corpo humano chega a essa fase, ocorre o colapso das defesas psíquicas e físicas, favorecendo o aparecimento de várias doenças e, no caso dos pacientes terminais, o agravamento da sua doença e novas complicações, que debilitam mais ainda o organismo e aumentam as dificuldades terapêuticas<sup>23</sup>.

Portanto, é muito importante que sentimentos de confiança e amizade sejam suscitados nos pacientes, a fim de diminuir o estresse e a depressão (causada pela angústia e pela solidão) emersos da realidade terminal. No pensar de Gonzaga<sup>24</sup>, a preocupação com o bem-estar, a identificação das necessidades de cuidados e o seu atendimento solícito, juntamente com as estratégias e ações tecnocientíficas podem melhorar a qualidade de vida dos pacientes sem esperança de cura e ajudá-los a superar esses estados debilitadores.

### **Conceitos de cuidados paliativos**

Uma noção mais geral de cuidados paliativos, segundo a literatura revisada, refere-se ao conjunto de práticas e discursos direcionados para o período final da vida de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura. Têm por objetivo efetuar o controle dos sintomas do corpo, da mente, do espírito e do social, que afligem o homem na sua finitude ou a caminho dela.

Portanto, é uma nova especialidade de cuidados que contempla o problema da morte numa perspectiva profundamente humanística, por reconhecer a possibilidade de a pessoa manter sua dignidade mesmo estando em grave sofrimento físico e psíquico, como acontece com os pacientes terminais. Os cuidados paliativos refletem uma mudança de paradigma e de conceitos sobre o corpo humano, o adoecimento e a morte.

Na visão majoritária dos participantes masculinos desta pesquisa, cuidados paliativos

são os “*cuidados básicos de enfermagem*” para deixar o paciente “*o mais confortável possível*”, o que inclui a sensação de segurança e bem-estar, proporcionados por banho, higiene oral, oxigênio, realizações de medicamentos prescritos, alívio da dor, privacidade, compreensão, respeito e apoio à família até a morte.

Do ponto de vista feminino, o “*conforto*” também é a palavra-chave dos cuidados paliativos, que pressupõe o “*alívio da dor*” dos pacientes, de modo que “*possam receber a morte dignamente (...) sem tanto sofrimento*”. Nesta noção também incluem-se, além da higiene física e dos medicamentos, o respeito, a paciência, o espírito de solidariedade e a disposição de “*receber as informações que ele deseja passar*”. Apenas uma resposta (feminina) demonstrou desconhecer os fundamentos dos cuidados paliativos, afirmando cuidar dos pacientes terminais “*como se fosse qualquer outro paciente, independente de seu grau de gravidade*”.

Considerando que todos participantes receberam alguma instrução e/ou foram capacitados em cuidados paliativos, as definições revelam que a prática comum é deixar o paciente o mais confortável possível, cuidando dos sintomas físicos da sua doença e aliviando-o da dor. As respostas permitem aduzir que o respeito pessoal, a compreensão de motivos e problemas, a disposição de ouvir e a paciência com as dificuldades são valores pessoais de educação, também incorporados nessa idéia que os técnicos e auxiliares têm (em menor escala) dos cuidados paliativos. Todavia, não se viu nas respostas a menção de aspectos psicológicos, sociais e culturais, que são elementos essenciais na concepção destes cuidados. Parece que os técnicos e auxiliares pesquisados, mesmo com suas competências, habilidades e base tecnológica apropriados, adquiridos em sua formação e qualificação profissional, não estão devidamente capacitados e preparados para lidar com os pacientes sem espe-

ranças terapêuticas de cura.

Os cuidados paliativos devem ser centrados no paciente mesmo, tendo como essência não apenas a atenção às necessidades físicas ou aos procedimentos terapêuticos de praxe. Deve também dar atenção às necessidades psicológicas e espirituais dos pacientes procurando amenizar os efeitos da dor, angústia, solidão, estresse, ansiedade, tristeza, entre outros.

Os princípios que fundamentam este modelo assistencial pressupõe que: o doente saiba quando a morte se aproxima; mantenha o controle sobre o que ocorre e as pessoas presentes; tenha sua dignidade e privacidade preservadas; seja aliviado em sua dor e outros sintomas; escolha o local para morrer; tenha suporte espiritual e emocional; tenha tempo para se despedir e possa partir quando chegar a hora. Um dos pontos mais importantes desta assistência de enfermagem é a autonomia do paciente e o respeito à sua pessoa<sup>25</sup>.

#### Dificuldades com pacientes oncológicos

As respostas dos participantes masculinos mencionam várias dificuldades com as quais têm de conviver no cotidiano do cuidado. Saber que o paciente “*não tem possibilidades*” e vê-lo “*consciente de sua doença, na busca de Deus por um milagre, se desgastando, definhando*” é um dos aspectos mais difícil de enfrentar. Uma das respostas menciona que é difícil manter-se íntimo do paciente e “*não se emocionar*”, enquanto outro participante revela sua dificuldade de lidar com a dor crônica do paciente e o sofrimento moral dos familiares, observando que “*a maioria dos paciente se entrega à doença*”.

Para as mulheres participantes, as dificuldades referem-se à “*impotência diante da impossibilidade de agir*” em favor do paciente e no “*saber que todo recurso que a medicina tem já foi administrado (...) e não há mais o que fazer*”. Diante da incapacidade de aliviar a dor, que não cessa, “*mesmo com altas doses*

*de analgésicos*”, o sentimento que prevalece é o de que *“não tivéssemos fazendo nada*”, a não ser assistir. Outro ponto de concordância entre as participantes, pelas dificuldades que causa nas relações entre equipe de saúde, paciente e familiares próximos, é a falta de orientações verdadeiras e sinceras sobre a gravidade da doença e sua impossibilidade de cura. Se não há esclarecimento da situação, *“após a morte do familiar doente eles ficam sem orientação*”. Uma resposta considera difícil lidar com os pacientes sem *“medicamento compatível com a dor*” e com a *“falta de assistência médica oncológica*” paliativa.

Sobre esta questão, a finalidade é retratar as dificuldades enfrentadas no cotidiano da assistência paliativa. A realidade é a impotência diante da finitude humana, quando não há medicamento ou tecnologia avançada capaz de fazê-la retroceder. Nem a dor pode ser totalmente aliviada, sob pesadas doses de analgésicos ou entorpecentes. Nada mais resta a fazer nesse campo da dura tecnologia terapêutica. Agora só há um caminho, o da correta avaliação do estado de ânimo do paciente e o seu fortalecimento emocional - e o de sua família - para o enfrentamento da doença e dos últimos passos. E nesses momentos, como disse Andrade<sup>26</sup>, não há intervenção mais eficiente que uma palavra amena, nem recurso mais benéfico do que o toque de uma mão que afaga, estimulando com palavras gentis o potencial curativo do próprio paciente.

### Concepção sobre a morte

Para a enfermagem, principalmente quando desenvolve atividades em cuidados paliativos ou trata de pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura, a morte tem uma importância primordial. Para os técnicos e auxiliares da equipe de saúde mais ainda, pois são estes profissionais que vivenciam diretamente esse processo, interagindo com o paciente e seus familiares, num trabalho que demanda conhecimento mais espiritual sobre o

assunto, que mero tratamento de sintomas físicos ou mentais. O conhecimento científico não é suficiente para apreender o significado da finitude, que as religiões, as culturas dos povos, os costumes, as crenças e a própria consciência humana procuram explicar e entender.

Entre os participantes masculinos, alguns têm a visão de que *“a morte é um mal necessário*”, *“uma passagem não sei para onde*”, depois que *“a pessoa já cumpriu seu caminho na Terra e seus deveres*”. Para outros, é *“o fim de todos os objetivos e sonhos*” - *“que vai acontecer, só que ninguém quer que aconteça*”. Somente uma resposta referiu-se à morte como *“um momento de evolução espiritual*”.

Do ponto de vista feminino, a morte tem um significado espiritual, figurada várias vezes como uma passagem *“desta vida para outra (...) dimensão desconhecida*”, como uma mudança *“do estado físico para o espiritual*”. Outro aspecto destacado pelas participantes é que, para os pacientes terminais, a morte *“é um descanso (...) das fortes dores e angústias*” - *“um fato garantido por Deus*” quando chega a hora determinada, que *“nenhum estudo ou procedimento ou tratamento ou equipamento e mesmo os médicos podem impedi-la*”.

Da análise das respostas, resta evidente que as mulheres participantes, em sua maioria, encaram a morte como uma passagem para o mundo espiritual, fazendo cessar o sofrimento e a dor dos pacientes terminais. Entre os homens, a noção da morte, também entendida como passagem, é negativa, colocando-a como fim dos objetivos, sonhos, deveres e tarefas na Terra. As respostas são curtas e revelam a repulsa de se falar da morte, o que, aliás, é uma tendência comum em nossa civilização.

Parece que o desviar do assunto (ou o evitar falar dela) pode ter origem no sentimento de angústia e desamparo que cerca a

morte e o desconhecido. Mas Jay Rosen<sup>27</sup> achou três importantes fatores que influenciam o nosso desconforto em relação à morte, assim resumidos: (1) a visão negativa que a sociedade moderna tem da morte, com seus acidentes, violências, tragédias, desastres, guerras etc.; (2) falta de informação a respeito dos processos fisiológico, psicológico e espiritual que ocorrem na morte; (3) Ignorância quanto às provas científicas e depoimentos inspiradores que endossam o fato de que a morte é uma transição para outra realidade e não um fim.

Apesar de toda sua repulsa a diversidade de noções sobre a morte, provindas das religiões, crenças populares, ciências ocultas ou metafísicas, do espiritismo e suas várias escolas e tendências, é um fator importante para o aprimoramento de conhecimentos da enfermagem paliativa.

Ensinam as ciências da vida e da saúde, a reflexão filosófica e religiosa e, sobretudo, a própria experiência cotidiana, que o fim da vida e sua vulnerabilidade são características dos seres vivos. Morrer seria, assim, um dos pontos culminantes e críticos da existência - condição essencial para se pensar a vida com suas tristezas e sofrimentos, alegrias e prazeres. E não deveria ser diferente, pois, conforme lembra Menezes<sup>3</sup>, o homem é o único ser vivo que acredita na vida após a morte, que pratica ritos fúnebres e possui uma mitologia da morte.

#### A fase final da vida

Sobre a questão de como deveria ser a fase final da vida dos pacientes fora de possibilidades de cura, os homens da amostra pesquisada ressaltaram que deveria ser “sem dor, confortável e higienizado”. O “maior conforto” aparece em várias respostas, que fornecem os itens de um ambiente “tranquilo” mantido em “privacidade”, juntos dos familiares, todos satisfeitos “pelo atendimento” recebido.

Para as mulheres desta pesquisa, a fase final da vida dos pacientes terminais deveria ser tranqüila e digna, “nas suas casas com familiares”, sem dores e falsas esperanças, porém contado com o apoio de uma equipe “para avaliação de ferimentos, SV, e principalmente, orientações aos familiares, p. ex. mudança de decúbito, nutrição etc”. Um ambiente privativo é elemento importante nessa fase, que só admite a presença de pessoas queridas ou de alguém especial, além dos profissionais, que possam aliviar a dor e prestar “ajuda espiritual e conforto à família”. O tratamento à base de sedativos e analgésicos para aliviar a dor, foi relacionado com uma passagem “serena, sem sofrimento”, “tranqüila e digna”.

Analisando o conteúdo das respostas dos dois grupos tem-se que a fase final da vida deve ser passada em casa, condignamente, junto apenas dos familiares, amigos (ou de alguém especial), e de poucos membros da equipe de saúde. O ambiente doméstico deve ser tranqüilo e confortável para todos, para que se possa, serenamente, prestar os últimos cuidados ao paciente, que incluem alívio da dor com sedativos, apoio espiritual e higienização.

A expectativa demonstrada pelos participantes está de acordo com a literatura sobre cuidado humano, faltando dizer que este envolve também os preceitos da bioética, os princípios que norteiam a prestação da assistência de saúde e os valores morais, sociais e culturais do paciente e familiares. Particularmente, com pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, o cuidado envolve, além do esforço para aliviar a dor e confortá-lo, a preservação da identidade pessoal e o exercício da autonomia, que pressupõe o direito de participar das decisões a seu respeito e de recusar ou aceitar qualquer intervenção tecnológica que possa alongar sua agonia<sup>3</sup>.

## Introdução de Cuidados Paliativos em cursos técnicos de enfermagem

Todas as respostas a esta questão foram afirmativas, sob as justificativas de que um conhecimento estruturado em disciplina poderia melhorar a *performance* profissional perante o doente e a doença. Segundo a opinião dos participantes masculinos, o profissional estaria mais preparado para atuar “*sem se impressionar tanto*”, com naturalidade, chegando “*ao local de trabalho consciente do assunto*”, para melhor lidar com a “*situação encontrada*”. A medida se justifica ainda pela possibilidade de ampliar o entendimento sobre tais cuidados e contribuir para sua evolução, pois “*saber como lidar com pacientes delicados e frágeis como os que estão no leito final*” é fundamental em enfermagem de qualquer nível.

Entre as participantes femininas foi consenso que a inclusão dos cuidados paliativos nos cursos técnicos de enfermagem seja um “*diferencial*”, que “*melhoraria o lado humano*” dos profissionais que lidam nesta área, tornando-os efetivamente capazes de “*enfrentar da melhor maneira as diversas situações*” e de “*cuidar, entender e lidar com a doença até o final*”. Para algumas, a inclusão da disciplina se justifica no fato de que os profissionais cuidam de “*seres humanos em todas as etapas de sua vida, desde o nascer até o morrer*”, e que os cuidados paliativos “*será o máximo que o profissional poderá fazer*”.

Conforme ensina Waldow<sup>14</sup>, as teorias de enfermagem que lidam com a vida e a morte, englobam outros padrões de conhecimento, além do empírico, como as idéias científicas sobre a saúde e os aspectos que refletem crenças e valores, provenientes da religião, da cultura imaterial, do folclore, das artes e fazeres etc. Esta é a sua característica geral. Entretanto, a enfermagem envolve também a pessoa do profissional, as pessoas com quem

interage e ainda os *insights* (lampejos) que resultam da arte de enfermagem.

O tema em questão enseja uma reflexão sobre o papel dos técnicos e auxiliares de enfermagem na prestação de cuidados paliativos, o que nem sempre é reconhecido ou tratado com a atenção que merece, como demonstra estudo de Martin & Sancho<sup>28</sup>. Enfatizando a relevância de suas atuações básicas em proporcionar conforto (físico e espiritual), higiene e auxílio na alimentação de pacientes terminais, os autores afirmam que estes agentes técnicos de saúde não estão devidamente capacitados e preparados para lidar com os pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura. Isto porque, somente sua formação e qualificação profissional (que lhes deram suas competências, habilidades e base tecnológica apropriados) não é o bastante para desempenhar, na plenitude, a prestação de cuidados paliativos, que os conhecimentos estruturados e específicos podem propiciar

## Lidando com pacientes oncológicos

A última questão da pesquisa é uma sondagem dos sentimentos que brotam mais intensamente da lida com os pacientes terminais e seu entorno familiar. Alguns participantes masculinos mencionaram a tristeza e a impotência diante do irremediável, que lhes deixa um “*pouco traumatizado*”, enquanto outros manifestaram autoconfiança e otimismo, por acharem-se “*capacitado tecnicamente e psicologicamente*”, por “*oferecer carinho*” e por “*estar ajudando o meu cliente tanto mental como espiritualmente para que ele aceite a sua doença e que tenha um final tranquilo*”. Outros ainda, reclamaram (indiretamente) da falta de informações sobre o estado real do paciente, que levam os familiares a ficar “*totalmente sem rumo*”, e da impossibilidade de “*um tratamento assistencial 100%*” porque, “*muitas das vezes, o setor está tumultuado*”.

Entre as participantes femininas, os sentimentos que ficam ao lidarem com os pacientes terminais e seus familiares são diversos. Há a tristeza e a impotência diante da realidade sem solução, tendo que “*presenciar o fim desta vida, sob os meus cuidados*”. Uma situação que “*emocionalmente*” agride e “*consume*”, fazendo o profissional sentir-se “*vulnerável*”, transitando entre a felicidade de estar oferecendo toda a ajuda ao seu alcance, e a tristeza de saber que “*não há solução*”. Uma das respostas denota uma reclamação contra a falta de informações que afetam as relações pessoais no ambiente de trabalho, pois “*não temos nem o que dizer diante das indagações da família*”.

A autoconfiança e o otimismo, também presentes entre as técnicas e auxiliares pesquisadas, é um recurso contra a infelicidade diante da situação terminal que permite passar “*tranquilidade*” e “*segurança*” para o paciente e a família, oferecer “*carinho*”, enfim, “*dar de mim o melhor que posso, profissionalmente e humanamente, mesmo não sendo compreendida às vezes*” e até “*levar de uma maneira como se tivesse cuidando de qualquer outro paciente*”. Das participantes femininas que se sentem preparadas, apenas uma mencionou estar “*espiritualmente fortalecida para enfrentar as dificuldades da vida*”, enquanto outra disse procurar “*ver a morte como um alívio para o sofrimento do paciente*”.

As respostas dos dois grupos evidenciam que os cuidados paliativos ainda não foram efetivamente absorvidos pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, o que impede a sua prática eficaz e traz alguns transtornos e decepções. Vemos, por suas expressões, que poucas se sentiam felizes e realizadas com seu trabalho, apesar do desejo de passar carinho, tranquilidade e segurança ao paciente; de se convencerem de que estão preparados (tecnicamente, psicologicamente e espiritualmente) para os cuidados; e de procurar dar o melhor de si.

Muitos fatores podem estar contribuindo para o estresse, a tristeza e a impotência revelada pelo profissionais, na lida com pacientes terminais. De fato não há o que fazer em relação à cura, cuja esperança esvaiu-se juntamente com os recursos médicos, farmacológicos e nutricionais. Mas para a enfermagem paliativa, que continua ali, prestando cuidado como lhe compete, não acabou. Apenas se iniciou o último ato de uma existência - o processo de morrer - cujas características ainda não estão bem conhecidas. Nesses momentos, o enfermeiro precisa analisar cada situação vivida e se abrir à humanização do cuidar, não se atendo apenas às normas protocolares. Na visão de Sales et al., com esta atitude um novo horizonte se descortina e remete à reflexão sobre “*a nossa própria autenticidade e historicidade como seres do cuidar*”<sup>29</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura revisada e a análise do conteúdo oferecido pelos participantes da pesquisa confirmam a hipótese inicial, segundo a qual a prestação de cuidados de enfermagem a paciente terminal deve incluir o atendimento integral das suas necessidades bio-psico-sócio-culturais e espirituais. Ele precisa ser reconhecido como ser humano único, que deve ser ajudado a morrer bem, com algum conforto e dignidade, satisfazendo suas necessidades físicas, emocionais, sociais e mentais.

As variáveis também restaram comprovadas nos dois estudos. A primeira é que, quanto mais conhecimentos sobre a morte o profissional de enfermagem dispõe, para além de seus aspectos clínicos e legais, melhor assistência poderá prestar às pessoas sob seu cuidado ou proteção. A segunda é que, mesmo com as competências, habilidades e base tecnológica apropriadas, adquiridas em sua formação e qualificação profissional, salvo algumas raras exceções, não estão devidamente capacitados e preparados para lidar com os

pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura.

Da análise do conteúdo, resta que todos os participantes tem uma noção sobre cuidados paliativos e procuram fazer o melhor que podem para superar as dificuldades com os pacientes terminais, mas não estão satisfeitos com seu trabalho.

Parece que a postura de que muitos equipamentos e dispositivos parecem confortáveis e seguros para os pacientes (além de aumentar a produtividade e justificar os custos) é uma tendência predominante entre profissionais de enfermagem, inclusive local. Voltam-se para o alarme do equipamento, quando deveriam estar atendendo o chamado do paciente. E quando acabam os avançados recursos tecnológicos da terapêutica de cura, ficam perdidos, tumultuados, evasivos, sem saber o que falar para os familiares e o próprio paciente, considerado apenas como um infeliz cliente ou um paciente igual aos outros, que merece compaixão e sedativos.

Essa tendência se sustenta no fato de que os assistentes de cuidados paliativos são capacitados, instruídos e treinados para as atividades e procedimentos convencionais da enfermagem hospitalar, mas não para o cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura. Nesta fase, exige-se muito mais dos enfermeiros (de todos), não lhes cabendo afirmar, como os outros profissionais de saúde, que *nada mais pode ser feito*, e ir para a beira de outro leito, em outro quarto, ou para casa com a tranquilidade do dever ali cumprido. Nem cabe também sentimentos de impotência e infelicidade diante do processo de morrer, pois esses estados são mais próprios de quem atua na assistência de saúde curativa e não consegue mais resultados.

Em cuidados paliativos, com os conhecimentos disponíveis, é possível aos enfermeiros, especialmente os técnicos e auxiliares - sujeitos deste estudo - desempenhar bem outro papel humanitário. Estes precisam de pre-

paro tecnocientífico que envolva não apenas conhecimentos sobre drogas analgésicas (ação, via de administração, efeitos colaterais, dosagem, contra-indicações, mitos) e outros procedimentos clínicos. Devem ser capazes e idôneos para avaliar os sintomas, principalmente a dor, e para reconhecer situações de distanásia. Devem estar preparados também para conhecer e aplicar os princípios da bioética; desenvolver a relação de escuta ativa; realizar comunicação efetiva com o paciente, a família e os demais membros da equipe; trabalhar em equipe interdisciplinar e apresentar facilidade para cuidar de família.

Se esses conhecimentos estiverem estruturados em uma disciplina, certamente o cuidado integral terá outra conotação, levando mais prestígio e respeito a essa categoria profissional. Aliás, a abordagem do cuidado paliativo integral pelos enfermeiros (técnicos e graduados) está resgatando o patrimônio natural destas categorias relegadas a segundo plano pela cultura curativa.

Pelo exposto, resta evidente que o perfil do técnico ou do auxiliar de enfermagem está bem delineado na lei, porém, na realidade, se apresenta bem diferente, a começar dos estudos sobre este grupo de prestadores diretos de cuidados e sua inclusão nas equipes de enfermagem, que são escassos na literatura, e refletem a precariedade destas profissões tão requisitadas na contemporaneidade. E para reverter essa situação, acredita-se ser preciso superar o enfoque tradicional da formação profissional, baseada apenas na preparação para execução de determinados conjuntos de tarefas e procedimentos, e avançar para além desse domínio operacional de fazeres.

A compreensão global do processo de cuidados paliativos pressupõe uma transdisciplinaridade com a psicologia, a religião, a comunicação efetiva, o processo de morrer dignamente, a filosofia, a ética, só para citar alguns exemplos, e uma transversalidade com as respostas dos pacientes, com seus sofrimen-

tos, ansiedades e medos, em meio às estratégias terapêuticas. Não se pode perder de vista o entendimento de que o cuidar aceita a finitude da existência e sempre existirá algo que se possa fazer para melhorar a vida que resta.

## REFERÊNCIAS

- 1- González JS, Ruiz MCS. Historia cultural de los cuidados paliativos en las sociedades primitivas: revisión integrativa. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2012;46(4):1015-22.
- 2 -World Health Organization. Cancer. WHO definition of palliative care [Internet]. [Geneva]: WHO; 2012 [acesso em 2012 dez 3]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- 3- Menezes RA. Em busca da “boa morte”: uma investigação sócio-antropológica sobre Cuidados Paliativos [Tese]. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2004.
- 4 -Campos SH, Boog MCF. Cuidado nutricional na visão de enfermeiras docentes. *Rev. Nutr. [Int net].* 2006 Apr; 19(2):145-55. [acesso 2012 sep 21] Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732006000200002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000200002&lng=en)
- 5- Mallet D. *Logique thérapeutique et logique palliative.* Ramonville Saint-Agne: Erès; 1995.
- 6 -Rodrigues IG, Zago MMF. A morte e o morrer: maior desafio de uma equipe de cuidados paliativos. *Ciênc. cuid. saúde.* 2012;11(supl):31-8.
- 7 -Minayo MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 12.ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
- 8- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estatísticas populacionais, sociais, políticas e culturais* [Internet]. 2007. [acesso em 2012 fev 21]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/seculoxx/estatisticas\\_populacionais.shtm](http://www.ibge.gov.br/seculoxx/estatisticas_populacionais.shtm)
- 9 -Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidade: Minas Gerais* [Internet]. 2006. [acesso em 2008 set 21]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
- 10- Turato ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa.* Petrópolis: Vozes; 2008.
- 11-Instituto de Medicina Social-IMS/UERJ. *Empregabilidade e Trabalho dos Enfermeiros no Brasil. Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Relatório Final* [Internet]. 2006. [acesso em 2007 jul 12]. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/adm/arq/pesquisa/3716359.pdf>
- 12- Sales CA, D’Artibale EF. O cuidar na terminalidade da vida: escutando os familiares. *Cienc. cuid. saúde.* 2011;10(4):666-73.
- 13-Rodrigues IG. *Cuidados paliativos: análise de conceito* [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2004.
- 14-Waldow VR. Examinando o conhecimento na enfermagem. In Meyer DE, Waldow VR, Lopes MJM. *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea.* Porto Alegre: Artmed; 1998. p.35-86.
- 15-Pimenta CAM, Koizumi MS, Teixeira MJ. Dor no doente com câncer: características e controle. *Rev. bras. cancerol.* 1997;43(1):21-44.
- 16 -Lobato O. O problema da dor. In: Mello J Filho (org.) *Psicossomática hoje.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p.165-78.
- 17-Suruagy SM. *Psicooncologia.* São Paulo: Espaço Terapêutico PSIQUE; 2009 [acesso em 2010 mar 13]. Disponível em:[http://www.psiqumed.br/content/index.php?option=com\\_content&view=article&id=189:psicooncologia&catid=64:disturbiosdepressivos&Itemid=94](http://www.psiqumed.br/content/index.php?option=com_content&view=article&id=189:psicooncologia&catid=64:disturbiosdepressivos&Itemid=94)
- 18-Nacional Comprehensive Cancer Network. *Angustia - Guias de tratamento para pacientes. Version II, Julio 2005* [acesso em: 2010 ago 22]. Disponível em:

[http://www.ligacancer.org.pe/liga/guias/NC\\_CN\\_angustia.pdf](http://www.ligacancer.org.pe/liga/guias/NC_CN_angustia.pdf)

19- Herédia VBM, Cortelletti IA, Casara MB. Abandono na velhice. Textos envelhecimento [Internet]. 2005; 8(3):307-19. [acesso em 2006 set 21] Disponível em:

[http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000300002&lng=pt)

[59282005000300002&lng=pt](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000300002&lng=pt)

20- Lipp MEN. (1984). Stress e suas implicações. *Estud. psicol. (Campinas)*. 1984;1 (3): 5-19

21 Capra F. O ponto de mutação. São Paulo: ed. Cultrix; 2002.

22- Pelletier K. Entre a mente e o corpo: estresse, emoções e saúde. In: Goleman D, Gurin J. (orgs.). *Equilíbrio mente-corpo; como usar sua mente para uma saúde melhor*. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus; 1997. p.15-31.

23- LeShan L. O câncer como ponto de mutação. 2. ed. São Paulo: Summus Editorial; 1992.

24- Gonzaga NA. Arruda EM. Fontes e significados de cuidar e não cuidar em hospital pediátrico. *Rev. latinoam. enferm.* 1998;6(5):17-26.

25- Wittmann-Vieira R, Goldim JR. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. *Acta paul. enferm.* 2012;25(3):334-9.

26- Andrade R. A atenção holística ao paciente oncológico. *RBM rev. bras. med* 2003 [acesso 2006 abr 18];5(27):85-7. Disponível em: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=4860](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4860)

27- Rosen JE. Colhendo a alma. Rio de Janeiro: Best Seller; 2002.

28- Martin MO, Sancho, M. G. El equipo multidisciplinario en Medicina Paliativa. In: Sancho MG. *Medicina paliativa en la cultura latina*. Madrid: Ed. Aran; 1999, p. 917-16.

29- Sales CA, Grossi ACM, Almeida CSL, et al. Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do cuidador familiar no contexto hospitalar. *Acta paul. enferm.* 2012;25(5):736-42

Recebido em: 24/10/2012  
Versão final em: 20/11/2012  
Aprovação em: 05/12/2012

Endereço de correspondência  
Alexandre Ernesto Silva  
E-mail: [ernestoses@ig.com.br](mailto:ernestoses@ig.com.br)